

**UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA**  
**CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE**  
**DEPARTAMENTO DE CIÊNCIAS FARMACÊUTICAS**

JACYGUARA SILVA FONTES

**ESTUDO DO PERFIL DE ADESÃO DOS USUÁRIOS HIPERTENSOS  
AO TRATAMENTO DESENVOLVIDO PELO SERVIÇO DE ATENÇÃO  
FARMACÊUTICA DA FARMÁCIA ESCOLA DA UFPB**

João Pessoa/PB

2013

JACYGUARA SILVA FONTES

**ESTUDO DO PERFIL DE ADESÃO DOS USUÁRIOS HIPERTENSOS  
AO TRATAMENTO DESENVOLVIDO PELO SERVIÇO DE ATENÇÃO  
FARMACÊUTICA DA FARMÁCIA ESCOLA DA UFPB**

Trabalho de Conclusão de Curso (TCC)  
apresentado à Universidade Federal da Paraíba  
para aprovação no curso de graduação em  
Farmácia.

**Orientadora:**

Dr.<sup>a</sup> Maria Ladjane Sodré de Melo

João Pessoa/PB

2013

F683e

Fontes, Jacyguara Silva.

Estudo do perfil de adesão dos usuários hipertensos ao tratamento desenvolvido pelo serviço de Atenção Farmacêutica da Farmácia Escola da UFPB / Jacyguara Silva Fontes.-- João Pessoa, 2013.

40f.

Orientadora: Maria Ladjane Sodré de Melo

Trabalho de Conclusão de Curso - TCC (Graduação) – UFPB/CCS

1. Hipertensão arterial - adesão - tratamento. 2. Farmácia Escola (UFPB) - usuários hipertensos. 3. Hipertensos - atenção farmacêutica.

UFPB/BC

CDU: 612.12-008.331.1(043.2)

**JACYGUARA SILVA FONTES**

**ESTUDO DO PERFIL DE ADEÇÃO DOS USUÁRIOS HIPERTENSOS AO  
TRATAMENTO DESENVOLVIDO PELO SERVIÇO DE ATENÇÃO  
FARMACÊUTICA DA FARMÁCIA ESCOLA DA UFPB**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à  
Universidade Federal da Paraíba para  
aprovação no curso título de graduação em  
Farmácia.

Aprovada em \_\_/\_\_/\_\_

---

**Profa. Dra. Maria Ladjane Sodré de Melo Oliveira**  
**Orientadora**

---

**Profa. Dra. Lêonia Maria Batista**  
**Examinadora**

---

**Profa. Celidarque da Silva Dias**  
**Examinadora**

## **RESUMO**

A adesão ao tratamento da HAS constitui um dos maiores desafios para os profissionais de saúde. A não adesão ao tratamento é identificada como a causa principal da PAS não controlada, representando assim um risco significativo de eventos cardiovasculares. Em virtude disto, objetivou-se elucidar quais fatores comprometem a adesão ao tratamento dos hipertensos. Trata-se de estudo de abordagem quantitativa do tipo descritivo e qualitativa, com 100 usuários, desenvolvido pelo serviço de Atenção Farmacêutica na Farmácia Escola da UFPB, em 2012, na cidade de João Pessoa (PB). Em relação ao tratamento não farmacológico os principais motivos de não adesão estavam o sedentarismo e o esquecimento dentre outros. Com relação ao tratamento farmacológico os principais fatores foram: esquemas posológicos complexos, falta dos medicamentos nos postos de saúde (65,4%) bem como gastos com os mesmos (52%) e falta de acompanhamento pelo profissional farmacêutico (86%). Os resultados obtidos evidenciam fatores representativos de não adesão associada à falta de conscientização e o afastamento do farmacêutico dos usuários.

**Palavras-chaves:** Hipertensão arterial. Adesão. Atenção Farmacêutica

## **Listas de figuras**

<b>Gráfico 1.</b> Distribuição dos Hipertensos, de acordo com faixa etária e sexo	14
<b>Gráfico 2.</b> Distribuição dos Medicamentos, de acordo com Classes de Anti-Hipertensivo	18

## **Lista de Tabelas**

<b>Tabela 1.</b> Características Sociodemográficos dos Hipertensos	14
<b>Tabela 2.</b> Distribuição dos Hipertensos segundo o estilo de vida	15
<b>Tabela 3.</b> Distribuição dos Hipertensos quanto ao monitoramento da Pressão Arterial	15
<b>Tabela 4.</b> Distribuição dos Hipertensos segundo fatores associados ao Medicamento	19

## **Listas de Abreviaturas**

**AINES-** Antiinflamatório não esteroidais

**AVC-** Acidente vascular cerebral

**ATF-** Atenção Farmacêutica

**BCC-** Bloqueadores dos Canais de Cálcio

**BRAII-** Bloqueadores dos Receptores AT<sub>1</sub> da Angiotensina II

**DCVs-** Doenças cardiovasculares

**DIC-** Doença Isquêmica do Coração

**DCbVs-** Doenças cerebrovasculares

**HAS-** Hipertensão Arterial Sistêmica

**IAM-** Infarto Agudo do Miocárdio

**IECA-** Inibidores da Enzima Conversora de Angiotensina

**OMS-** Organização Mundial de Saúde

**PAS-** Pressão Arterial Sistêmica

**PRM-** Problema Relacionado ao Medicamento

**PFPB-** Programa de Farmácia Popular do Brasil

**RNM-** Resultados negativos associados ao Medicamento

## SUMÁRIO

1 Introdução-----	5
1.1 Hipertensão Arterial Sistêmica -----	5
1.2 Adesão ao tratamento -----	7
1.3 Atenção Farmacêutica -----	8
2. Metodologia -----	10
3. Resultados -----	11
3.1 Sexo e idade -----	11
3.2 Dados sociodemográficos -----	12
3.3 Estilo de vida -----	13
3.4 Frequência de monitoramento -----	14
3.5 Uso do medicamento -----	15
4. Discussão -----	19
4.1 Idade e sexo -----	19
4.2 Faixa etária -----	20
4.3 Dados sociodemográficos -----	20
4.3.1 Escolaridade -----	20
4.3.2 Estado civil -----	21
4.3.3 Renda familiar -----	22
4.4 Estilo de vida -----	22
4.4.1 Tabagismo -----	22
4.4.2 Alcoolismo -----	23
4.4.3 Atividade Física -----	24
4.4.4 Dieta -----	25
4.5 Monitoramento da Pressão Arterial Sistêmica -----	25
4.5.1 Frequência e local de monitoramento -----	25



4.6 Uso do medicamento-----	26
4.6.1 Quantos usuários usam o medicamento-----	26
4.6.2 Motivos do não uso do medicamento todos os dias -----	27
4.6.3 Avaliação dos medicamentos prescritos -----	27
4.6.4 Acompanhamento Farmacoterapêutico -----	31
4.6.5 Local de Aquisição do medicamento-----	32
5. Conclusão -----	33
Referências-----	34

# 1 Introdução

## 1.1 Hipertensão Arterial Sistêmica

Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) é uma condição clínica multifatorial caracterizada por níveis elevados e sustentados de pressão arterial sanguínea (PAS) (iguais ou maiores que 140 / 90 mmHg), relacionados a alterações hormonais, metabolismo e a fenômenos tróficos. Associa-se frequentemente a alterações funcionais e/ou estruturais dos órgãos-alvo: coração, encéfalo, rins, retina e vasos sanguíneos bem como alterações metabólicas, com consequente aumento do risco de eventos cardiovasculares fatais e não fatais, exigindo tratamento contínuo e controle durante toda vida (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010).

De acordo com o levantamento de estudos realizado por Ribeiro; C. Neto (2011), uma série de fatores promove o surgimento e o agravamento da HAS como às questões genéticas, fatores constitucionais (idade, sexo, etnia e obesidade), fatores ambientais ligados a dieta (ingestão de sal, cálcio e potássio, álcool e gorduras), fatores ambientais ligados ao trabalho (estresse, inassertividade, espaço físico, processos de interação social e seus reflexos na dinâmica interpessoal) e fatores ligados aos aspectos socioeconômicos e culturais.

A proporção de Brasileiros com diagnóstico médico prévio de HAS atingiu 23,3% em 2010, sendo maior nas mulheres (25,5%) do que em homens (20,7%). A idade é um fator preponderante, em ambos os gêneros, para o diagnóstico, onde mais de 50% situam-se na faixa etária de 55 anos ou mais, e apenas 8% na faixa etária de 18 a 24 anos. As capitais brasileiras, em ordem decrescente, com maiores índices de hipertensos foram: Rio de Janeiro (29,2%), Porto Alegre e Belo Horizonte (25,5%) e João Pessoa (25,4%) e Palmas representando o menor índice (13,8%) de adultos com diagnóstico de HAS (BRASIL, 2011).

O diagnóstico e o tratamento da HAS são frequentemente negligenciados, pois, além da maior parte do seu curso ser assintomática, a adesão do paciente ao tratamento prescrito é geralmente baixa (BRASIL, 2006). Vale salientar que o diagnóstico da HAS, seu tratamento e seguimento são baseados, dentre outros aspectos, nos valores de PAS. Segundo as Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial são hipertensos os adultos dos quais a PA sistólica atinge

valores iguais ou superiores a 140 mmHg, e/ou cuja PA diastólica seja igual ou maior que 90 mmHg, em duas ou mais ocasiões, na ausência de medicação anti-hipertensiva.

O tratamento para os portadores de HAS é de suma importância para a prevenção de complicações. As doenças cardiovasculares (DCVs) são as principais causas de morte em mulheres e homens no Brasil (MANSUR; FAVARATO, 2012). As doenças isquêmicas do coração (DIC), somadas às doenças cerebrovasculares (DCBVs), representam mais de 60% dos óbitos por DCVs no Brasil (BRASIL, 2012 apud SOARES, 2012). Os sintomas indicativos para recorrer a um tratamento, apresentado pela maioria dos pacientes, são palpitação, cefaléia e vertigem, decorrentes dos níveis tensionais elevados (GLISOGAMO et al., 2008)

O tratamento fundamenta-se no uso de medicamentos anti-hipertensivos e em medidas não farmacológicas, o primeiro tem por base o uso de fármacos prescritos pelo médico, conforme a gravidade do quadro, o segundo é feito por meio do controle do peso, da melhora do padrão alimentar, da redução do consumo do sal, da moderação no consumo de bebidas alcoólicas, da prática regular de exercício físico, da abstenção do tabagismo e do controle do estresse psicoemocional, sendo indicado para todos os hipertensos e normotensos (LOPES et al., 2003 apud GLISOGAMO et al., 2008; SOCIEDADE BRASILEIRO DE CARDIOLOGIA, 2010). O tratamento adequado possibilita um maior controle da PA, uma vez que apenas 30% dos pacientes hipertensos conseguem este controle, reduz a incidência de complicações DCVs e a melhoria na qualidade de vida (FIGUEREDO; ASAKURA, 2010; WOLF-MAIER; COOPER; KRAMER apud PUCCI et al., 2012).

Tacon et al. (2012), em seu estudo sobre o perfil epidemiológico de pacientes hipertensos, evidenciou que os níveis de controle e tratamento da HAS foram considerados insatisfatórios e que se necessita de maior controle dos fatores de risco principalmente sedentarismo e obesidade para evitar o surgimento de DCVs associadas à HAS e a necessidade de estratégias para obter adesão dos pacientes ao tratamento. Muitos pacientes de acordo com Alencar et al. (2011) e Girotto (2008), desconhecem as necessidades do tratamento, fazem uso incorreto e descontinuo do medicamento, julgam a posologia inadequada ou não a compreendem, não monitoram os níveis pressóricos, possuem conceitos negativos sobre a eficácia do tratamento, descrença no diagnóstico, falta de conhecimento

sobre os riscos, sentimentos de estigmatização, não modificam suas rotinas de alimentação e não realizam atividade física.

## **1.2 Adesão ao tratamento**

A adesão ao tratamento da HAS constitui um dos maiores desafios para os profissionais de saúde. Entende-se a adesão como o grau de conformidade/correspondência entre as recomendações dos profissionais de saúde e o comportamento da pessoa relativamente ao regime terapêutico proposto (HAYNES et al., 2008; OMS, 2004). De acordo com Paiva (2002) para que se tenha adesão deve-se procurar inserir o paciente nas responsabilidades do tratamento, incluindo nas decisões, dotando-o de responsabilidade pelo êxito do regime terapêutico, para que ele tenha uma postura ativa de participação e de cumplicidade com a equipe de saúde, numa relação de concordância voluntária, tanto para o tratamento farmacológico, quanto para desenvolver comportamentos de saúde.

De acordo com Organização Mundial de Saúde (OMS) apud Bastos-Barbosa et al. (2012), a não adesão ao tratamento é identificada como a causa principal da PAS não controlada, representando assim um risco significativo de eventos cardiovasculares. A OMS (2003) estimou que 50% a 70% dos pacientes não aderem ao tratamento prescrito. É imprescindível identificar as dificuldades com vistas a uma melhor adesão ao tratamento da hipertensão, bem como das doenças crônicas associadas, reforçando a necessidade de se informar e discutir as condições observadas pelos profissionais da saúde (FIGUEREDO; ASAKURA, 2010).

A adesão ao tratamento assim como doenças crônicas e envelhecimento são temas atuais e que precisam ser compreendidos, pois tem repercussões não só no nível social, pessoal e familiar, mas também na economia, uma vez que o não cumprimento do regime terapêutico irá necessitar de mais internações, o que significa mais despesas para o sistema de saúde (DIAS et al., 2011). Diversos fatores devem ser considerados para avaliar o processo de adesão por parte do doente ao regime terapêutico. A partir destes procurar-se-ão estratégias que possam facilitar este processo, com o princípio de que cada doente é um ser social único, em interação com o ambiente, com um projeto de vida, procurando constantemente o equilíbrio (MACHADO, 2009).

Os fatores que contribuem para não adesão estão relacionados à doença (cronicidade e ausência de sintomas específicos), o tratamento farmacológico (custo, efeitos colaterais, esquemas terapêuticos complexos), ao paciente (idade, sexo, raça, escolaridade, nível socioeconômico, ocupação, estado civil, religião, hábitos de vida, crenças, cultura), sistema de saúde (Deficiência na Assistência Farmacêutica) (NOBRE; PIERIN; MION, 2001 apud CAVALARI et al., 2012). Segundo Dourado et al. (2011) dos 25 pacientes estudados em uma unidade básica de saúde de João Pessoa-PB, evidenciou que 13 deixaram de usar o medicamento prescrito, tendo como principais motivos o esquecimento, ausência de sintomas e a desmotivação.

De acordo com Machado (2009) para que ocorra melhora na adesão ao tratamento é preciso que o profissional de saúde estabeleça um vínculo não só com o doente, mas com seu cuidador, por meio de uma escuta ativa e de uma relação empática, reconhecendo suas características socioculturais e suas necessidades psicossociais. O desenvolvimento de uma relação desta relação é primordial para que exista estabelecimento de regras e de um clima de confiança entre ambos, mostrando-se de extrema relevância para a aceitação das sugestões dadas relativas ao tratamento. (DIAS et al., 2011).

Diante da importância do tema e os significantes destaques da HAS em termos epidemiológicos e suas consequências sobre o quadro de morbimortalidade cardiovasculares da população é importante elucidar quais fatores são empecilhos para adesão ao tratamento e consequentemente um controle adequado da doença. A identificação dos fatores determinantes relacionados a não adesão ao tratamento dos usuários hipertensos é de vital importância na aplicação da estratégia terapêutica e na obtenção de resultados satisfatórios. Sendo assim, a prática da Atenção Farmacêutica (ATF) surge como uma real promessa para identificar e solucionar os problemas relacionados ao medicamento (PRM) e a não adesão dos usuários com HAS.

### **1.3 Atenção Farmacêutica**

A prática da ATF busca resolver o importante problema social da morbimortalidade relacionada com os medicamentos, empregando um processo de cuidado centrado no usuário e uma responsabilidade profissional claramente definida (CIPOLLE; MORLEY; STRAND,

2000). A ATF teve sua definição sacramentada em 1990, quando Hepler; Strand a conceituaram como “a provisão responsável do tratamento farmacológico com o objetivo de alcançar resultados concretos que melhorem a qualidade de vida dos pacientes”. Com isso, reduzindo os problemas previsíveis relacionados à farmacoterapia como também contribuindo para promoção do uso racional dos medicamentos (COSENDEY et al., 2000).

A ATF envolve entrevistas com o usuário para obtenção da sua história farmacoterapêutica, tendo por objetivo prevenir, identificar e resolver o PRMs apresentado pelo usuário. O farmacêutico, então, busca solucionar o PRMs identificados por meio de uma intervenção farmacêutica. Entende-se por intervenção farmacêutica a atuação ou a recomendação do farmacêutico, direcionada ao usuário ou ao profissional de saúde, para resolver ou prevenir um ou mais PRM. (CIPOLLE; STRAND; MORLEY, 1998; MACHUCA FERNÁNDEZ-LLIMÓS; FAUS, 2003). Os PRMs são definidos como um resultado negativo associada à medicação, relacionado à segurança, necessidade e efetividade (COMITÊ DE CONSENSO, 2007).

O farmacêutico, por meio do seguimento farmacoterapêutico, se responsabiliza pelas necessidades do paciente relacionadas com o medicamento, mediante a detecção de PRMs para a prevenção e resolução de resultados negativos associados aos medicamentos (RNMs). Existem várias causas de RNMs entre elas a não adesão (COMITÊ DE CONSENSO, 2007). Desta forma, ATF pode promover melhor controle da patologia dos pacientes com HAS, possibilitando maior conhecimento dos pacientes em relação aos medicamentos e uma melhor comunicação entre a equipe de saúde. Com isto, contribuem para a redução dos erros de medicação, reações adversas, interações medicamentosas e para uma maior adesão ao tratamento.

Para que se obtenha um real controle da HAS e adesão é preciso ações articuladas ao processo de atenção à saúde que possam garantir a continuidade do cuidado, bem como a prevenção e resolução de problemas ligados à farmacoterapia que vão além da questão de acesso e das qualidades dos produtos farmacêuticos. Diante deste contexto, o objetivo deste estudo é identificar os fatores que comprometem a adesão ao tratamento da HAS mais recorrentes, por meio do serviço de ATF da farmácia escola da UFPB com a finalidade de torná-la mais eficaz, estabelecer ao farmacêutico um compromisso social claro que reflita suas responsabilidades na provisão de um serviço clínico direcionado ao bem estar do paciente,

verificar o perfil do uso de medicamentos para o controle da hipertensão na população estudada e propor sugestões para solucionar os empecilhos da não adesão.

## **2 Metodologia**

A pesquisa foi realizada no campus I-João Pessoa (PB) da UFPB pelo serviço de ATF da Farmácia Escola, durante os meses de julho a dezembro de 2012. O projeto do estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em pesquisa da Universidade Federal da Paraíba em agosto de 2012, o qual emitiu parecer favorável para seu desenvolvimento, sob protocolo nº0371/12. O participante foi informado sobre o estudo por meio da leitura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), sendo que a entrevista foi realizada somente após seu entendimento e assinatura.

Trata-se de uma pesquisa de abordagem quantitativa (tipo descritivo) e qualitativa, de acordo com Dyniewicz (2007). Na estatística descritiva, distribuíram-se as frequências (absolutas e relativas) em todas as variáveis e foram apresentadas a média e o desvio padrão apenas na idade.

A população do estudo foi constituída por 100 pacientes com diagnóstico de HAS. Os critérios para a inclusão no estudo foram: possuir idade igual ou superior a 18 anos, estar diagnosticado hipertenso em qualquer estágio, ter capacidade de compreender e responder os questionamentos, concordar em participar da pesquisa, estar ciente da natureza do estudo e de seus objetivos, expressos mediante assinatura do TCLE, independentemente de sexo, raça, condição social e econômica. Os critérios de exclusão adotados foram: pacientes com problemas cognitivos que impossibilitem a compreensão e os objetivos do estudo e pacientes em período de gestação.

As entrevistas foram realizadas com funcionários, pacientes da Farmácia Escola e pessoas que freqüentavam os serviços da instituição (UFPB), sendo os dados coletados através de um formulário estruturado em: Idade e sexo, características sociodemográficos (estado civil, grau de escolaridade e renda familiar), medicamento prescrito para HAS (se faz uso do medicamento, qual medicamento, dose e freqüência, se utiliza todos os dias e se não utiliza qual o motivo, se foi acompanhado por um farmacêutico e qual o nível de satisfação da

orientação prestada, onde consegue estes medicamentos para PA, qual o gasto mensal, se já sentiu desconforto em virtude do medicamento anti-hipertensivo usado e quais são eles e se tem o incentivo da família ou amigo para uso do medicamento), quanto à aferição e monitoramento para controle da pressão (de quanto em quanto tempo verifica a pressão e onde verifica), estilo de vida (se fuma, se faz uso de bebidas alcoólicas - qual a frequência e o tipo, se fazem atividade física e o tipo, se faz dieta e o tipo).

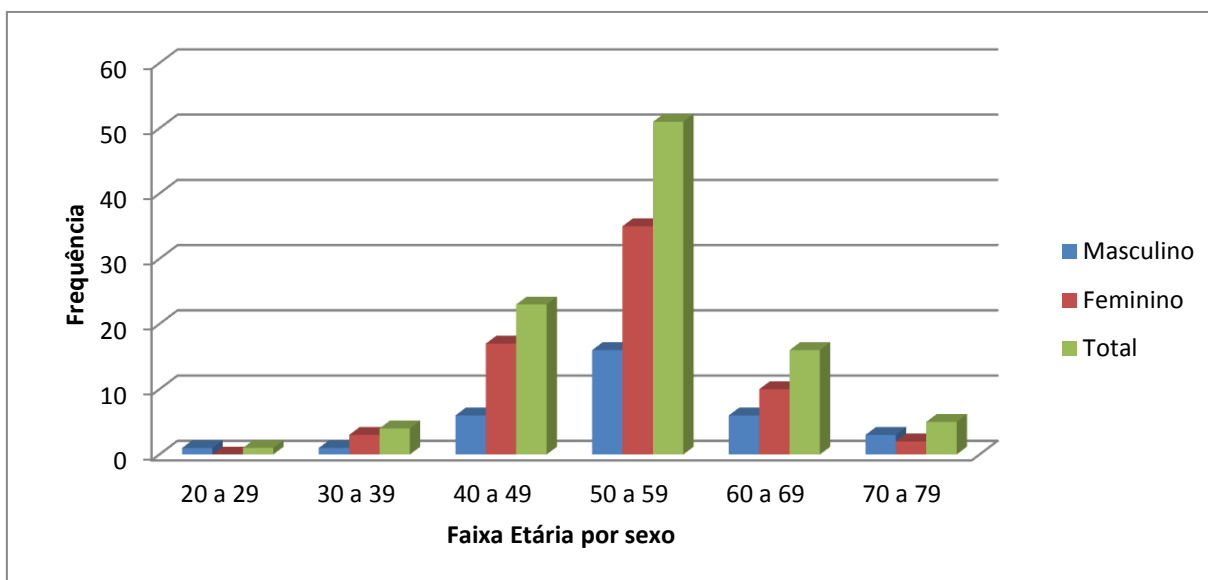
Todos os dados coletados foram tabulados e analisados utilizando os pacotes computacionais para obtenção dos resultados o programa S.P.S.S.® versão 18.0 e a Microsoft Office Excel 2007. Os dados foram organizados em gráficos e tabelas de acordo com a caracterização dos hipertensos em fatores que podem interferir na adesão ao tratamento. Com isto, possibilitando levantar questões importantes e visualizar delineamento do perfil desses hipertensos

### **3 Resultados**

#### **3.1 Sexo e idade**

Dos 100 usuários hipertensos que foram entrevistados na Farmácia Escola da UFPB, 67% eram do gênero feminino. De acordo com a figura 1 a faixa etária variou entre 28 a 76 anos, sendo a média  $\pm$  desvio padrão de  $53,3 \pm 9,1$  anos. A maioria se distribui na faixa etária entre 40 a 59 anos (adultos), sobretudo verifica-se uma maior proporção de homens e mulheres na faixa etária de 50 a 59 anos e uma minoria se distribuiu entre idosos.





**GRÁFICO 1.** Distribuição dos hipertensos na farmácia escola da UFPB, de acordo com faixa etária e sexo, João Pessoa (PB), 2013.

### 3.2 Dados sociodemográficos

Na tabela 1 estão dispostas as variáveis sócio-demográficas, em relação à escolaridade, 5% dos entrevistados eram analfabetos, a maioria situa-se no ensino médio completo, correspondendo a 44% dos entrevistados. O estado civil casado predominou em 64% dos hipertensos, sendo 39 do sexo feminino e 25 do sexo masculino, do total de hipertensos entrevistados. Em relação à renda familiar, a maioria (78%) recebia mais que um salário mínimo.

**Tabela 1.** Características sociodemográficas dos Hipertensos, por sexo, na farmácia escola da UFPB, João Pessoa (PB), 2013

	Sexo				Total (n=100)	
	Masculino (n=33)		Feminino (n=67)			
	n	%	n	%		
<b>Estado civil</b>						
Solteiro	8	24,2%	28	41,8%	36	36,0%
Casado	25	75,8%	39	58,2%	64	64,0%
<b>Escolaridade</b>						
Analfabeto	2	6,1%	3	4,5%	5	5,0%
Ensino fundamental completo	2	6,1%	4	6,0%	6	6,0%
Ensino fundamental incompleto	5	15,2%	14	20,9%	19	19,0%
Ensino médio completo	15	45,5%	29	43,3%	44	44,0%
Ensino médio incompleto	0	0,0%	1	1,5%	1	1,0%
Superior completo	7	21,2%	14	20,9%	21	21,0%
Superior incompleto	2	6,1%	2	3,0%	4	4,0%
<b>Renda familiar</b>						
Um salário mínimo	4	12,1%	11	16,4%	15	15,0%
Menos que um salário mínimo	5	15,2%	2	3,0%	7	7,0%
Mais que um salário mínimo	24	72,7%	54	80,6%	78	78,0%

### 3.3 Estilo de vida

Na tabela 2 estão distribuídos os hipertensos segundo o estilo de vida. Em relação ao tabagismo metade (50%) referiram nunca ter fumado e a outra metade referiu serem 11% fumante e 39% ex-fumante. Sendo a maioria fumantes e ex-fumantes do sexo masculino (72,7%).

Quando se analisou os resultados quanto ao consumo de bebidas alcoólicas foi relatado que 71% dos entrevistados (100) responderam que não consumiam, ao passo que 29% consumiam bebidas alcoólicas, sendo 15 homens e 14 mulheres, sendo que a frequência de consumo referida de 55,2% consome eventualmente, a maioria mulheres, 37,9% relataram consumir uma a duas vezes por semana e a maioria homens. Dentre as bebidas mais consumidas foi a cerveja com 23 (79,3%), seguido de cachaça 9 (31%), uísque 5 (17,2%) e vinho 2 (6,9%). Salientando que destes 34,41% faziam uso de mais de um tipo de bebida alcoólica.

No que tange a realização de atividade física a maioria 59% referiram não realizar e os homens (51,5%) estão mais propícios para realizar atividade física em relação às mulheres (41%). A atividade física mais praticada foi à caminhada 90,2%. Em relação à dieta 75% dos entrevistados relataram fazer dieta. Sendo a redução do sal a mais referida 71 (94,7%) pelos entrevistados, seguido de gordura 43 (57,3%) e massas 12 (16%).

**Tabela 2.** Distribuição dos Hipertensos, por sexo, segundo o estilo de vida, farmácia escola da UFPB, João Pessoa, 2013

	Sexo				Total (n=100)	
	Masculino (n=33)		Feminino (n=67)			
	n	%	n	%		
<b>Tabagismo</b>						
Fumante Atual	3	9,1%	8	11,9%	11	11,0%
Ex – Fumante	21	63,6%	18	26,9%	39	39,0%
Nunca Fumou	9	27,3%	41	61,2%	50	50,0%
<b>Consome Bebidas alcoólicas</b>						
Sim	15	45,5%	14	20,9%	29	29,0%
Não	18	54,5%	53	79,1%	71	71,0%
<b>Qual a frequência de consumo de bebidas alcoólicas</b>						
Diariamente	1	6,7%	0	0,0%	1	3,4%
Uma a duas vezes por semana	7	46,7%	4	28,6%	11	37,9%
Três a seis vezes por semana	1	6,7%	0	0,0%	1	3,4%
Eventualmente	6	40,0%	10	71,4%	16	55,2%
<b>Faz atividade física</b>						
Sim	17	51,5%	24	35,8%	41	41,0%
Não	16	48,5%	43	64,2%	59	59,0%
<b>Faz alguma dieta</b>						
Sim	23	69,7%	52	77,6%	75	75,0%
Não	10	30,3%	15	22,4%	25	25,0%

### 3.4 Frequência de monitoramento

Na tabela 3 verifica-se a frequência de monitoramento e onde verifica. Nota-se que a maioria (26%) referiu-se medir a pressão apenas quando sente desconforto, 14% diariamente e 13% uma vez por mês e uma vez por semana. Quanto ao local onde costuma aferir os níveis pressóricos 36% referiram em casa, seguido por posto de saúde (30%), hospital (20%) e farmácia (14%).

**Tabela 3.** Distribuição dos Hipertensos, por sexo, quanto ao monitoramento da Pressão Arterial na Farmácia Escola UFPB, João Pessoa (PB), 2013

	Sexo				Total (n=100)	
	Masculino (n=33)		Feminino (n=67)			
	N	%	n	%		
<b>Frequência de verificação da PA</b>						
1x/semana	3	9,1%	10	14,9%	13	13,0%
2x/semana	2	6,1%	5	7,5%	7	7,0%
3x/semana	3	9,1%	4	6,0%	7	7,0%
Diariamente	4	12,1%	10	14,9%	14	14,0%
1x/a cada 2 semana	3	9,1%	5	7,5%	8	8,0%
1x/mês	7	21,2%	6	9,0%	13	13,0%
Outro	3	9,1%	4	6,0%	7	7,0%
Não mede	5	15,2%	0	0,0%	5	5,0%
Mede só quando sente desconforto	3	9,1%	23	34,3%	26	26,0%
<b>Onde costume medir a pressão</b>						
Casa	12	36,4%	24	35,8%	36	36,0%
Posto de saúde	11	33,3%	19	28,4%	30	30,0%
Farmácia	4	12,1%	10	14,9%	14	14,0%
Hospital	6	18,2%	14	20,9%	20	20,0%

### 3.5 Uso do medicamento

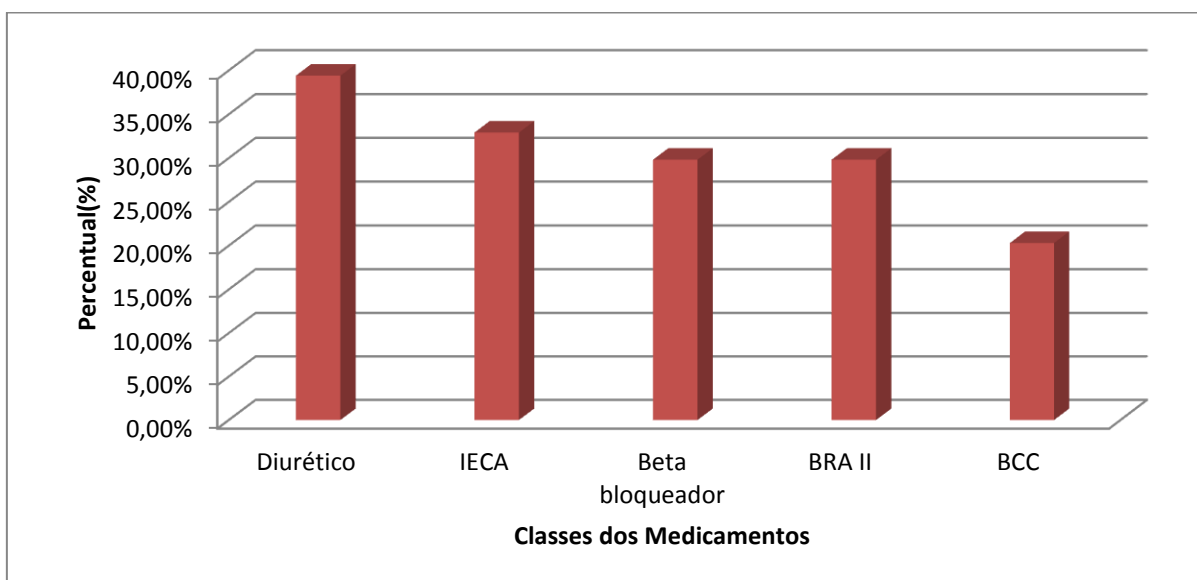
A tabela 4 está relacionada ao uso do medicamento, onde do total dos pacientes 94 (94%) estavam fazendo uso do medicamento, sendo que 27 (28,7%) dos hipertensos referiram não e às vezes deixar de usar todos os dias o medicamento, tendo como principal motivo o esquecimento 16 (59,3%), seguido de não querer tomar continuamente 4 (14,8%).

Com relação aos medicamentos utilizados para tratar a hipertensão: 53 (53%) afirmaram fazer uso da monoterapia para o tratamento da hipertensão, sendo o captopril o mais prescrito 17 (32,1%), seguido de losartana 11 (20,8%) e atenolol 10 (18,9%) e dos 31% que utilizavam a associação de dois medicamentos a predominante foi captopril mais hidroclorotiazida 5 (16,1%) e de três medicamentos ou mais não teve uma frequência significativa.

Quanto à dose dos medicamentos prescritos, 61,4% estavam na menor dose, 25,5% em doses intermediárias e 8,3% em maior dose e 4,8% não se lembrava da dose preconizada, ao

passo que as administrações diárias foram: 37 (37,2%) era uma vez ao dia, 55 (58,5%) duas vezes e/ou mais e 4 (4,3%) não souberam informar.

Os medicamentos mais prescritos foram os diuréticos com (39,4%) predominando o hidroclorotiazida (31,9%) seguido de furosemida (3,2%) e clortalidona (2,1%), inibidores da enzima conversora da angiotensina (IECA) (32,9%) predominando o captopril (25,5%), seguido de enalapril (7,4%), betabloqueadores e bloqueadores dos receptores  $AT_1$  da angiotensina II (BRAII) ambos (29,8%) predominou o atenolol (18,1%) seguido de propranolol (8,5%); e losartana (28,7%) respectivamente, e bloqueadores dos canais de cálcio (BCC) (20,3%) predominou o anlodipino (18,1%), seguido de nifedipino e verapamil, ambos (1,1%).



**Gráfico 2.** Distribuição dos medicamentos, de acordo com Classes de Anti-Hipertensivo, João Pessoa (PB), 2013.

Concernente aos efeitos indesejáveis do medicamento 74,5% referiu não sentir nenhum efeito indesejável, 23,4% relataram que já sentiram e os demais 2,1% não lembrava. Os efeitos mais relatados pelos hipertensos foi a tosse seca 8 (36,3%) e coceira na garganta associada ao captopril, boca ressecada 13,64% e dor no peito 9% associada ao losartana.

Em relação se os hipertensos já foram acompanhados pelo farmacêutico 86% relataram que não, aos que receberam orientação do farmacêutico o nível de satisfação foram de bom à ótima de 92,8%.

Onde adquire os medicamentos 72,3% referiram adquirir nas farmácias privadas e apenas 26,6% nos postos de saúde. Os que adquiriram nos postos de saúde, 65,4% referiram que às vezes não encontram os medicamentos nos postos de saúde.

O gasto com medicamentos anti-hipertensivo observou-se que mais da metade 52% relataram gastos que vão de 3 a 200 reais mensais, sendo que destes 50% gastavam entre 3 e 100 reais. Em relação ao incentivo da família ou amigo ao uso do medicamento 58,2% referiram o apoio da família ou amigo ao uso medicamento.

**Tabela 4.** Distribuição dos Hipertensos, por sexo, segundo fatores associados ao medicamento, farmácia escola da UFPB, João Pessoa (PB), 2013.

	Sexo				Total (n=100)	
	Masculino (n=33)		Feminino (n=67)			
	N	%	n	%		
<b>Atualmente, Faz uso do medicamento</b>						
Sim	31	93,9%	63	94,0%	94	94,0%
Não	2	6,1%	4	6,0%	6	6,0%
<b>Utilizam os medicamentos todos os dias</b>						
Sim	23	74,2%	44	69,8%	67	71,3%
Não	3	9,7%	7	11,1%	10	10,6%
Às vezes	5	16,1%	12	19,0%	17	18,1%
<b>Porque não utilizam os medicamentos todos os dias</b>						
Não tem sintomas	0	0,0%	2	9,5%	2	7,4%
Esquecimento	4	66,7%	12	57,1%	16	59,3%
Não tem sintomas e só toma quando se sente mal	1	16,7%	0	0,0%	1	3,7%
Efeitos colaterais	0	0,0%	1	4,8%	1	3,7%
Não tem condições de comprar	0	0,0%	1	4,8%	1	3,7%
Não quer tomar continuamente	1	16,7%	3	14,3%	4	14,8%
Só toma quando se sente mal	0	0,0%	2	9,5%	2	7,4%
<b>Quantos medicamentos utilizam</b>						
Nenhum	2	6,1%	4	6,0%	6	6,0%
Um	18	54,5%	35	52,2%	53	53,0%
Dois	10	30,3%	21	31,3%	31	31,0%
Três ou mais	3	9,1%	7	10,4%	10	10,0%
<b>Quantas vezes ao dia utiliza o medicamento</b>						
1 vez	11	35,5%	24	38,1%	35	37,2%
2 vezes	9	29,0%	16	25,4%	25	26,6%
Mais de 2 vezes	8	25,8%	22	34,9%	30	31,9%
Não soube informar	3	9,7%	1	1,6%	4	4,3%
<b>Já teve acompanhamento do farmacêutico</b>						
Sim	6	18,2%	8	11,9%	14	14,0%
Não	27	81,8%	59	88,1%	86	86,0%
<b>Nível de satisfação em relação à orientação prestada</b>						
Regular	1	16,7%	0	0,0%	1	7,1%
Bom	4	66,7%	6	75,0%	10	71,4%
Ótimo	1	16,7%	2	25,0%	3	21,4%
<b>Local de aquisição dos medicamentos</b>						
Posto de saúde	8	25,8%	17	27,0%	25	26,6%
Farmácia privada	22	71,0%	46	73,0%	68	72,3%
Farmácia privada/Posto de saúde	1	3,2%	0	0,0%	1	1,1%
<b>Sempre encontra os medicamentos no posto de saúde</b>						
Sim	3	37,5%	6	33,3%	9	34,6%
Às vezes	5	62,5%	12	66,7%	17	65,4%

**Qual o gasto mensal com os medicamentos**

0,0 reais	15	45,5%	33	49,3%	48	48,0%
3,00 a 99,00 reais	17	51,5%	33	49,3%	50	50,0%
100,00 a 200,00 reais	1	3,0%	1	1,5%	2	2,0%

**Já sentiu algum desconforto em virtude do medicamento**

Sim	9	29,0%	13	20,6%	22	23,4%
Não	22	71,0%	48	76,2%	70	74,5%
Não lembra	0	0,0%	2	3,2%	2	2,1%

**Alguém da família ou amigo incentiva o uso do medicamento**

Sim	22	71,0%	35	52,2%	57	58,2%
Não	9	29,0%	32	47,8%	41	41,8%

## 4 Discussão

### 4.1 Idade e sexo

Em relação ao sexo evidenciou-se que o feminino foi predominante, semelhante ao estudo de Veronez; Simões (2008), no qual 62% eram mulheres. Essa demanda do sexo feminino nos serviços de saúde é justificada, de acordo com Zaitune et al. (2006) em virtude das mulheres se preocuparem mais com as doenças, assim, impulsionam o auto-cuidado recorrendo mais às unidades de assistência à saúde do que os homens, apresentam maior adesão ao tratamento prescrito e tempo disponível para cuidar da saúde por serem aposentadas ou donas de casa. Além disso, as formas como as mulheres se encontram inseridas no mercado de trabalho permite maior flexibilidade de tempo para buscar assistência aos seus problemas de saúde (VERAS; OLIVEIRA, 2009). Outra explicação para essa diferença, principalmente nas faixas etárias mais jovens, são as consultas relacionadas à saúde reprodutiva e a participação nas consultas dos filhos (MARQUES-VIDAL et al., 1997; JESUS et al., 2008 ).

Sendo assim, a atenção e os cuidados com os homens devem ser mais criteriosos, buscando conscientizá-los dos problemas da HAS, assegurando o conhecimento dos fatores de risco e de cumprimento das metas do tratamento medicamentoso e não medicamentoso. Para tanto, na ATF uma forma de atender a essa necessidade é saber desenvolver a competência na comunicação. É por meio dela que o farmacêutico poderá ajudar o usuário a



conceituar seus problemas em relação aos fármacos e saúde, adquirir experiência e criar alternativas de soluções, além de auxiliá-lo a encontrar novos padrões de comportamento.

## **4.2 Faixa etária**

Quanta a faixa etária é importante salientar que a presença de HAS em idosos merece maior atenção devido à vulnerabilidade frente às complicações cardiovasculares determinadas não só pela hipertensão, como também por outros fatores de risco que se acumulam com o passar do tempo (VERAS; OLIVEIRA 2009). Estão também sujeitos a politerapia, consequentemente estão sujeitos a interações medicamentosas, levando a uma ineficácia no tratamento, como também a diminuição nas funções metabólicas e excretoras dos medicamentos. Os idosos devem ser alertados para a continuidade do tratamento, uma vez que estudos mostram que os mesmos acreditam na possibilidade de cura, assim interrompem o tratamento, suprimem ou diminuem as doses por conta própria, dificultando o controle da PAS (ALENCAR et al., 2011).

Sendo assim, as devidas intervenções farmacêuticas devem ser tomadas para corrigir os PRMs quando necessário nessa faixa etária: sempre que possível deve-se recomendar medidas não-farmacológicas, avaliar as interações medicamentosas, priorizar medicamentos com perfil de segurança e eficácia comprovados, evitar tratar efeitos colaterais de um medicamento com outro medicamento, simplificar ao máximo os esquemas terapêuticos adequando ao cotidiano do idoso, orientar o uso de comprimidos e cápsulas com bastante água ou alimentos pastosos em virtude do estreitamento esofágico observado no envelhecimento, caso não haja interação medicamentosa.

## **4.3 Dados sociodemográficos**

### **4.3.1 Escolaridade**

Em relação à escolaridade constatou-se que a grande maioria era alfabetizada (95%), o nível de escolaridade influi diretamente na assimilação das orientações acerca da patologia,

portanto, quanto mais baixa a escolaridade, mais difícil se torna compreender o diagnóstico, a necessidade da mudança de hábitos e os esquemas posológicos, tornando-se um elemento impeditivo na adesão ao tratamento HAS. (VERAS; OLIVEIRA, 2009; SARAIVA et al. 2007). Desta forma, tornam-se necessário que as orientações tenham que ser claras e objetivas e certificar-se se houve a compreensão das informações passadas.

#### **4.3.2 Estado civil**

No que tange ao estado civil, 64% dos hipertensos são casados, dados semelhantes encontrados no estudo de Giroto (2008), no qual 63,1% dos entrevistados eram casados. No presente estudo observou-se uma concordância deste dado com o incentivo dos parceiros para o cumprimento do tratamento onde a maioria (58,2%) referiu receber apoio. Estes quando comparados com os solteiros, apresentam chance duas vezes maior de aderir ao tratamento proposto (NETO; TOLEDO; MEDEIROS, 2005 apud MENDONÇA; LIMA; OLIVEIRA, 2012) na prática do atendimento farmacêutico, verificou-se que a família pode ser um campo de atuação do farmacêutico para resolver de forma mais eficaz os problemas com a medicação de determinados pacientes, possibilitando que a família tenha um papel determinante no processo de cuidar/curar, não podendo ser excluída no momento da determinação das causas e da realização das intervenções para a resolução de PRMs. Assim, o farmacêutico atuará de forma mais coerente (FOPPA et al., 2008).

A participação da família é altamente relevante na aquisição de hábitos e mudanças no estilo de vida, sendo o conjugue o maior responsável pelo tratamento, sobretudo se a vida em comum for intensa, assim como no seguimento do tratamento farmacológico, demonstrando que é de extrema importância estar em contato com a família na busca pela adesão ao tratamento (OSTERBERG; BLASCHKE, 2005 apud MENDONÇA, 2012; VERAS; OLIVEIRA, 2009). Sendo assim, o farmacêutico deve procurar incluir a família/cuidador buscando uma maior adesão dos pacientes ao tratamento, possibilitando um maior controle na PAS. O genograma tem função valiosa na identificação de recursos familiares que possam apoiar as intervenções sobre os problemas do paciente.

### **4.3.3 Renda familiar**

Observou-se que a renda familiar de um salário e menos que um salário mínimo foi de (22%), a baixa renda interfere na aquisição de medicamentos, seja quando estes não estão disponíveis na unidade de saúde ou devido ao acesso precário ao serviço, visto que este se encontra distante dos domicílios, bem como os gastos com medidas dietéticas que envolvem o tratamento (VERAS; OLIVEIRA, 2009). Um nível socioeconômico baixo está relacionado à maior prevalência de HAS, dessa forma quanto maior o poder aquisitivo, maior é o acesso aos medicamentos e aos serviços de saúde (SARAIVA et al., 2007).

## **4.4 Estilo de vida**

### **4.4.1 Tabagismo**

Em relação ao tabagismo 89% asseguraram não serem tabagistas, dados semelhantes foram observados no estudo de Figueiredo; Asakura (2010), e 11% são atualmente, sendo a maioria dos homens fumantes e ex-fumantes, mostrando que estes são mais propícios ao tabagismo em relação às mulheres. O tabagismo é considerado um dos principais fatores de risco modificáveis de DCVs e suas complicações, dentre elas a hipertensão. Dentre as substâncias que compõem o cigarro, duas se destacam pelos efeitos danosos a este sistema: a nicotina e o monóxido de carbono (CO). (KATZ; GROSBARD, 2006; HANNA, 2006 apud MANZANO, 2010). Os efeitos cardiovasculares estariam associados ao aumento da atividade simpática, decorrente do estímulo à liberação de catecolaminas, por meio da ativação dos receptores nicotínicos localizados nas terminações nervosas simpáticas pós-ganglionares periféricas e medula adrenal (BENOWITZ et al. (1997); HASS; KÜLBER (1996) apud MANZANO et al., 2010)

A exposição crônica à nicotina induz à disfunção endotelial vascular, a qual acarreta redução da síntese de óxido nítrico, com conseqüente vasoconstrição, estímulo à adesão de leucócitos no endotélio e subsequente aterosclerose (BALAKUMAR; KAUR, 2009). Diante disso, o farmacêutico precisa conscientizar o paciente de forma clara e objetiva sobre os

malefícios da nicotina e meios para reduzir e abandonar o uso do cigarro. Um dos meios seria a Terapia de Reposição de Nicotina (TRN), pois consiste no tratamento de primeira linha por ser seguro e menos dispendioso (MARQUES et al., 2001 apud CUNHA et al., 2007). No Brasil estão disponíveis apenas a goma de mascar e o adesivo transdérmico. Estas formas farmacêuticas mantêm os níveis de nicotina relativamente estáveis no cérebro, facilitando a dessensibilização dos receptores nicotínicos (JONES & BENOWITZ, 2002 apud CUNHA, 2007).

#### **4.4.2 Alcoolismo**

Quanto ao consumo de bebidas alcoólicas 71%% não faziam uso, a frequência de ingestão semanalmente foi maior entre os homens ao passo que mulheres bebem mais ocasionalmente, as bebidas mais consumidas foram as fermentadas (cerveja e vinho), dados semelhantes foram observados no estudo Piatí et al. (2009). A magnitude da elevação da PAS depende da quantidade ingerida, frequência de ingestão e outras características relacionadas com o padrão de consumo (FUCHS et al., 2001; FUCHS, 2006 apud WEISSHEIMER, 2011). O consumo regular de bebidas alcoólicas eleva a PAS à taxa de 1 mmHg por cada 10 g de etanol, aproximadamente, e o risco de hipertensão atribuível ao álcool é cerca de 16% (PUDDEY; BEILIN, 2006)

O consumo de bebidas alcoólicas eleva a PAS com efeito variável dependendo do gênero e etnia, sendo a elevação maior para a PA sistólica. Sugeriu-se que o efeito vasopressor do álcool se exerça por efeito vasoconstritor na musculatura lisa (por meio de influxo de cálcio) ou diretamente no endotélio (MACMAHON, 1987 apud WEISSHEIMER, 2011).

De acordo com os estudos Jama (2003), MacMahon (1997), Krauss et al. (2000) apud Steffens (2005), recomenda que o limite diário para os indivíduos que consomem álcool deve ser limitada em 30g de álcool/dia, presentes em duas latas ou uma garrafa de cerveja que corresponde aproximadamente 600ml, duas taças de 150ml ou uma de 300ml de vinho e duas doses de 50ml ou três doses de 30ml de uísque ou cachaça. A moderação no consumo de álcool promove reduções na pressão sistólica e diastólica de 4mmHg e 2,0mmHg,

respectivamente (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010). Sendo assim, deve-se esclarecer essas medidas para estabelecer os limites para o consumo de bebida alcoólica.

#### **4.4.3 Atividade Física**

No que diz respeito à atividade física a maioria 59% relataram não fazer nenhuma atividade física, situação semelhante foi encontrado nos estudo de Ribeiro; C. Neto (2011) e Tacon et al. (2012), nos quais 55,7% e 57% dos entrevistados eram sedentários, respectivamente, como fator impeditivo na adesão. Estudos mostram que o exercício aeróbico resultou em redução da PAS de 3/4 mmHg em normotensos, 6/7 mmHg em hipertensos limítrofes e 10/ 8 mmHg em hipertensos(LOPES et al, 2003; SOUZA et al, 2004 apud GLISOGAMO, 2008). Além disso, contribui para diminuição do peso corporal e ação coadjuvante no tratamento das dislipidemias, da resistência a insulina, abandono do tabagismo e controle do estresse (ZAITUNE et al., 2006)

O sedentarismo é a principal causa do aumento da incidência de várias doenças, como a HAS, diabetes, obesidade, ansiedade, aumento do colesterol e infarto do miocárdio (KNUTH et al., 2009). A obesidade esta associada à HAS, pois eleva o debito cardíaco, a volemia e a resistência periférica. A obesidade é responsável pela disfunção endotelial por meio dos mecanismos no aumento da vasoconstrição e redução na vasodilatação interferindo no controle da HAS (RAMOS-DIAS; QUILICI; SENGER, 2004)

Sendo assim, o farmacêutico deve estimular de acordo com VI diretrizes de hipertensão arterial, o paciente a realizar o exercício físico regular (caminhada, pelo menos 30 min/dia, 3 a 5 vezes/semana), podem reduzir a pressão arterial de 4 a 9mmHg. Como também estimular a dança de salão, de acordo Schenkel et al. (2011), a redução das PA sistólica e PA diastólica obtiveram melhores resultados após à sessão de dança de salão em relação caminhada, sendo esta a mais citada nesse estudo.

#### **4.4.4 Dieta**

Concernente a dieta 75% referiram fazer alguma dieta, predominando a redução do sal (94,7%) da amostra (n=75) como a mais referida em desacordo com o estudo de Figueiredo; Asakura (2010), no qual se observou que a principal dificuldade no tratamento da hipertensão relatada pelos entrevistados é a adoção de uma dieta hipossódica. Segundo a OMS a quantidade diária máxima é de 5 gramas de cloreto de sódio ou sal de cozinha que corresponde a 2 gramas de sódio. Esta medida reduz a pressão arterial de 2 a 8 mmHg.

Além disso, consumir frutas e vegetais, alimentos com baixa densidade calórica e gorduras saturadas e totais. (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010). Deve-se especialmente, estimular mais o consumo de frutas, verduras e legumes, em virtude de no presente estudo apenas (12%) consumiam esses alimentos, é importante destacar que os alimentos industrializados são importantes fontes de sódio e não apenas o sal de cozinha, evitar alimentos ricos em colesterol, ingerir alimentos ricos em potássio (facilita a excreção renal de sódio), carnes magras e peixes. Dentro desse contexto, a educação em saúde objetiva a conscientização do paciente para a necessidade de modificar o estilo de vida, além de entender e conhecer o tratamento deve-se incentivar um comportamento participativo.

### **4.5 Monitoramento da Pressão Arterial Sistêmica**

#### **4.5.1 Frequência e local de monitoramento**

No que tange a frequência de aferição e onde costuma medi-la foi relatado que a maioria mede só quando sente desconforto e em casa. A monitorização residencial da pressão arterial (MRPA) é uma estratégia que parece melhorar a adesão ao tratamento. De acordo com Cappuccio et al. (2004), observou que essa intervenção contribuiu significativamente para o controle da hipertensão com redução média de 4,2 mmHg e 2,4 mmHg nas pressões sistólica e diastólica, respectivamente.

O farmacêutico deve estimular a automonitorização em virtude de possibilitar o envolvimento do paciente no seu cuidado e conseqüentemente aumenta consideravelmente as

oportunidades de adesão ao tratamento. Isto pode aproximar ainda mais o paciente do serviço, gerando uma maior adesão ao tratamento medicamentoso e não-medicamentoso. De acordo com Gusmão et al. (2009) e Silva; Ortega; Mion Jr (2008) medir a PA em casa aumenta consideravelmente as oportunidades de adesão à terapia.

Vale ressaltar que os aparelhos devem atender a um requisito fundamental para uma aferição correta, devendo ser validados de acordo com os protocolos internacionais– British Hypertension Society, Association for the Advancement of Medical Instrumentation ou Protocolo Internacional da European Hypertension Society. É fundamental a educação do paciente para o correto manuseio dos equipamentos, bem como o adequado posicionamento no momento da medida (SILVA; ORTEGA; MION Jr, 2008).

A monitorização residencial se torna vantajosa por possibilitar um maior número de medidas em único dia e ao longo da semana, constância na reprodução das medidas, observarem a evolução da PAS, redução dos custos, melhora adesão ao tratamento e avaliar a eficácia da terapia anti-hipertensiva. A monitoração do tratamento quer seja com consultas mais frequentes durante o tratamento quer seja com contato telefônico é uma boa estratégia. Usando essa estratégia, têm-se indicado aumento da adesão ao tratamento, maior porcentagem de controle da pressão arterial e redução da mortalidade (GUSMÃO et al., 2009).

## **4.6 Uso do medicamento**

### **4.6.1 Quantos usuários usam o medicamento**

Quanto ao uso dos medicamentos 94% aderiram ao tratamento medicamentoso. Todos os agentes anti-hipertensivos atuam em um ou mais dos quatro locais anatômicos de controle da pressão arterial: as arteríolas, as vênulas pós-capilares, o coração e o rim produzindo seus efeitos ao interferir nestes. O mecanismo de ação das classes medicamentosas mais referidas nesse estudo são: Diuréticos tiazídicos inibem a reabsorção de NaCl ao bloquear o transportador de  $\text{Na}^+/\text{Cl}^-$ , os IECA agem bloqueando a transformação da angiotensina I em II no sangue e nos tecidos, os Bloqueadores dos canais de cálcio agem internamente na

membrana bloqueando os canais de cálcio tipo L, os BRAII agem bloqueando os receptores  $AT_1$  da angiotensina II que é um potente vasoconstrictor (KATZUNG, 2007).

#### **4.6.2 Motivos do não uso do medicamento todos os dias**

Observou-se no presente estudo, dentre os motivos para não utilizar os medicamentos todos os dias predominou o esquecimento, seguido de não quer usar continuamente. Resultados semelhantes foram obtidos nos estudos de Mochel et al.( 2007), Giroto et al. (2009) e Dourado et al. (2011). Diante deste quadro, deve-se considerar o esquecimento como um fator limitante para várias administrações diárias.

Sendo assim, o farmacêutico deve adotar as seguintes estratégias: associar os horários de tomar os medicamentos com atividades do cotidiano como às refeições, escovar os dentes, ao dormir ou acordar; usar lembretes na geladeira ou nos calendários; usar despertadores ou alarmes; quando são vários os medicamentos, fazer uma lista com o nome, dose (idosos deve ser menor e maior espaço de tempo entre as administrações), horário de cada um e deixar num local visível; deixar os próprios medicamentos num local visível (fora do alcance de crianças); contar com os serviços de um cuidador capacitado.

#### **4.6.3 Avaliação dos medicamentos prescritos**

Os medicamentos mais prescritos estão em concordância com o estudo de Pucci et al. (2012), no qual predominou os diuréticos tiazídicos, IECA, Betabloqueadores/BRAII. Observou-se no presente estudo uma semelhança na prescrição dos betabloqueadores e BRAII.

O uso em monoterapia foi referido por 53% dos entrevistados, dados semelhantes foram elucidados no estudo de Ribeiro; C. Neto (2011), no qual se evidenciou (52,9%). O captopril (32,1%) foi o mais prescrito em monoterapia. A losartana (20,8%) foi mais prescrito que o atenolol (18,9%) em monoterapia, ou seja, os medicamentos da classe (BRA II) estão em ascensão. Os betabloqueadores não devem ser utilizados como monoterapia inicial, em virtude de não ter maior eficácia que os outros agentes anti-hipertensivos na prevenção Infarto



Agudo do Miocárdio (IAM) e Acidente Vascular Cerebral (AVC) (GAZONI et al., 2009). Estes podem promover uma diminuição de HDL-colesterol, intolerância à glicose, induzir ao aparecimento de novos casos de diabetes contribuindo para o aumentando o risco de doença coronariana (KATZUNG, 2007; SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010).

Os BRA II e os IECA, em monoterapia, possuem benefícios semelhantes em pacientes com doença renal crônica e insuficiência cardíaca. Os BRAII não exercem efeito sobre o metabolismo da bradicinina, assim são mais seletivos dos efeitos da angiotensina II do que os inibidores da ECA independente do local de formação da angiotensina II, bloqueando os efeitos desta (KATZUNG, 2007). Os IECA e os BRAII reduziram a PA igualmente de acordo com Elliott (2000) apud Martins et al. (2008)

Os BRA II possuem superioridade na proteção cerebrovascular em relação aos IECA (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010). Sendo assim, quando os IECA apresentar-se inseguro, estes podem ser substituído pela BRA II, já que possuem uma boa tolerabilidade, superioridade na proteção cerebrovascular e melhor ajuste posológico.

Os IECA e os diuréticos por se tratarem de classes mais prescritas merecem mais atenção para as interações medicamentosas. Desta forma, as possíveis interações mais comuns como do captopril com antiácidos e alimentos (reduz a absorção), que diminui a biodisponibilidade do captopril e da furosemida, IECA com os Antiinflamatórios não esteroidais (AINES) que provoca antagonismo do efeito hipotensor, IECA com hipoglicemiante promove aumento do risco de angioedema. Com os diuréticos tiazídicos (hidroclorotiazida) podem ocorrer com os digitálicos hipopotassemia por intoxicação digitálica, com os antiinflamatórios ocorre antagonismo do efeito diurético (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010).

Desta forma, o farmacêutico deve estar atento ao captopril em virtude da interação com os alimentos, diminuindo assim concentrações séricas do medicamento. No estudo de Alano; Corrêa; Galato (2012), as interações medicamentosas foram responsáveis por 14,5% dos PRMs estando relacionada, na maioria dos casos, a efetividade do tratamento, representadas, especialmente, pelo captopril e sua interação com alimentos. Nesta situação a intervenção a se fazer é ajustar o horário de administração do medicamento, em momentos que o paciente esteja de estômago vazio, por pelo menos uma hora antes das refeições

(KOROLKOVAS, 2011), com o objetivo de aumentar a efetividade do tratamento farmacológico. Deve-se também observar as interações com suplementos de potássio ou diuréticos poupadores de potássio em razão de resultar em hiperpotassemia (KATZUNG, 2007).

Os medicamentos anti-hipertensivos associados mais frequentes foi captopril mais hidroclorotiazida, em concordância com o estudo de Veronez; Simões (2008). É a primeira medida medicamentosa para pacientes diabéticos, com doença renal crônica, prevenção primária e secundária de AVC e especialmente em pacientes com hipertensão em estágios 2 e 3, e para aqueles no estágio 1, mas com risco cardiovascular alto e muito alto (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010).

De acordo com Martins et al. (2008) tem se observado sucesso das associações medicamentosas em doses baixa sem diminuir a eficácia e assim aumentando a taxa de adesão ao tratamento anti-hipertensivo. Os diuréticos tiazídicos são mais recomendáveis em razão de serem mais efetivos em muitos pacientes com hipertensão resistente, pois estes atuam por dois mecanismos, tanto por diminuição da resistência periférica por efeito direto sobre os vasos sanguíneos, como também o aumento da excreção urinária de sódio e água por inibição da reabsorção de sódio nos túbulos distais (KOROLKOVAS, 2011).

Dentro das associações entre anti-hipertensivos no presente estudo foram encontradas quatro associações entre hidroclorotiazida e propranolol, esta associação eleva os níveis de glicose sanguínea por atuação direta da hidroclorotiazida no bloqueio de secreção de insulina e na produção hepática de glicose, na qual os betabloqueadores inibem de forma indireta a captação tissular da glicose sanguínea, causando um alto risco de crise hiperglicêmica, principalmente em pacientes diabéticos. (ESPÓSITO; VILAS-BOAS, 2001, apud VERONEZ; SIMÕES, 2008).

No que diz respeito às doses e frequência de uso ao dia, houve um predomínio da menor dose e mais de uma vez ao dia. A simplificação posológica é a medida mais eficaz para melhorar a adesão, ou seja, a redução de tomadas diárias (GELEILETE; NOBRE; COELHO, 2008). A complexidade do regime terapêutico é um dos fatores mais citadas em estudos de não adesão ao regime terapêutico, para certificar-se da adesão a posologia uma forma indireta é observar se houve sobras dos medicamentos. É importante questionar diretamente ao

paciente sobre a regularidade de uso dos medicamentos, isto possibilita propor uma nova proposta terapêutica para aqueles que não aderem ou que esquecem constantemente. De acordo com Mion et al. (1995) em um estudo com 353 hipertensos a maioria optaram: por ser tratamento farmacológico (56%), via oral (84%), em comprimidos (60%), uma vez ao dia (81%) e pela manhã (65%).

Os efeitos indesejáveis mais referidos foram tosse seca e coceira na garganta associada ao captopril e boca ressecada e dor no peito associado ao losartana. A tosse improdutiva um dos efeitos secundários mais frequentes que ocorre até 20% dos casos (GIESTAS; PALMA; RAMOS, 2010) pode ser ocasionada pelo acúmulo de bradicinina, substância P e/ou prostaglandinas nos pulmões devido ao mecanismo de ação deste fármaco (inibição da enzima conversora de angiotensina e outros substratos como a bradicinina (GOODMAN; GILMAN, 2005); a hipotensão pode ocorrer também, especialmente em pacientes diabéticos e com insuficiência renal (KATZUNG, 2007). Os efeitos colaterais dos medicamentos reduzem em sete vezes as chances dos usuários aderirem ao tratamento (CINTRA; GUARIENTO; MIYASAKI, 2010). Diante do exposto, pode-se sugerir a substituição pelos BCC. A dor no peito associado ao losartana precisa ser mais bem investigada uma vez que a literatura não deixa claro esse efeito adverso.

Alguns efeitos considerados aceitáveis e esperados como diurese acentuada pelo uso dos diuréticos tiazídicos, de alça e poupadores de potássio, principalmente quando o paciente está fora do domicílio também são empecilhos para a adesão, devendo orientar a usá-los logo no início da manhã, para não proporcionarem situações constrangedoras em público. Além disso, a depleção de potássio constitui o efeito adverso mais comum e aumento das concentrações de ácido úrico, sendo assim pacientes acometidos por gota deve ser restrito o uso (KATZUNG, 2007).

Quanto aos BCC os efeitos tóxicos mais importantes consistem em extensões diretas de sua ação terapêutica. Os bloqueadores dos canais de cálcio de ação curta (Diltiazem e Verapamil) têm o potencial de aumentar o risco de eventos cardíacos adversos em virtude de seus efeitos inotrópicos negativos, devendo ser evitado, sendo mais indicado os de liberação lenta e ação longa. No presente estudo evidenciou-se o Anlodipino como mais prescrito. Este fármaco possui meia vida de 30 a 50 horas (ação longa), dose de 5 a 10 mg via oral, uma vez ao dia, sendo o único dessa classe a ser utilizado com segurança em pacientes com

insuficiência cardíaca (KATZUNG,2007). Sendo assim, a segurança e a simplificação posológica são quesitos essenciais desse fármaco para adesão.

É oportuno explicar os efeitos colaterais do tratamento por meio de estratégias para reconhecer as mais comuns (hipotensão, tosse, broncoespasmo, distúrbios miccionais e sexuais) – reconhecer preconceitos ou medos do paciente e de seus familiares sobre esses efeitos é essencial para garantir a adesão ao tratamento. Vale ressaltar que os efeitos colaterais no início do tratamento são comuns, mas tende a desaparecer com a continuidade (ALENCAR et al., 2011).

#### **4.6.4 Acompanhamento Farmacoterapêutico**

Concernente ao acompanhamento e as orientações prestadas pelo farmacêutico contou-se, que 14% relataram essa atenção, mostrando que o profissional está distante das necessidades relacionadas ao PRMs e do paciente contribuindo para adesão. No Brasil, são poucas as iniciativas para ofertar a ATF como um serviço de saúde integrado à realidade da saúde, seja no nível público ou privado. De acordo com o estudo de Marques et al (2011), observou-se a necessidade de maior atuação do farmacêutico dentro dos programas de saúde pública.

Para que a farmácia retome a atividade de estabelecimento de saúde, desempenhando importante função social e tendo o farmacêutico como líder, faz-se necessário investir na formação que resulte na melhoria do atendimento e, conseqüentemente, na conscientização da população para o uso correto dos medicamentos. No estudo de Amarante et al. (2010), observou-se uma melhora na adesão dos pacientes do grupo teste que foram acompanhados pelo serviço de AFT, o que não houve no grupo controle e que todos responderam que continuariam a utilizar o serviço. Isso mostra que a prática ATF promoveu benefícios para adesão e que tem espaço para ser mais explorado pelo profissional.

O acompanhamento farmacoterapêutico contribui para a obtenção de resultados favoráveis com o uso de medicamentos, especialmente nos usuários portadores de doenças crônicas não transmissíveis como a hipertensão, onde na maioria dos casos é necessária a utilização de medicamentos por toda a vida. Estes usuários estão sujeitos interações

medicamentosas e intoxicações, fato que contribui para a não adesão a terapia, resultando em um grave problema de saúde pública, pois as complicações relacionadas ao descontrole dessas enfermidades podem ocasionar aumento do número de internações hospitalares e da taxa de mortalidade.

No estudo de Palhano; Diefenthaele (2010) evidenciou que dos 42 farmacêuticos entrevistados, sobre o desenvolvimento da ATF 23 (54,85%) disseram que não desenvolvia essa prática, como justificativa referida foi não possuir local próprio 28 (66,7%), dentro do estabelecimento para desenvolver ATF, mas 29 (69,0%) referiram já ter pensando em desenvolver.

Isto, mostra que existe iniciativa dos farmacêuticos em desenvolver esta prática, mas falta apoio dos gerentes de farmácias e drogarias e dos gestores municipais para fornecer subsídios para implantação dessa prática. Desta forma, o farmacêutico contribuiria para o uso racional dos medicamentos, melhoraria a qualidade de vida, desempenharia seu papel social e prestígio na sociedade. No presente estudo evidenciou-se que aqueles usuários que receberam orientações e/ou acompanhamento do farmacêutico 92,8% relataram como bom à ótimo.

Sendo assim, pode-se sugerir que o farmacêutico é sinônimo de adesão, no entanto a confiança é fundamental no desenvolvimento da prática como também é obrigatória a clareza e a objetividade da linguagem, que deve ir de encontro ao nível cultural e cognitivo do doente e ser de fácil memorização, assim o usuário sentirá segurança em expor suas queixas e sintomas.

#### **4.6.5 Local de Aquisição do medicamento**

Quanto ao local onde consegue os medicamentos observou-se que a farmácia privada foi a mais citada pelos entrevistados, isso pode ser explicado pelo programa do governo federal “aqui tem farmácia popular do Brasil” e/ou por não encontrar os medicamentos no posto de saúde como evidenciado no presente estudo, onde 65,4% relataram que às vezes encontram os medicamentos no posto de saúde. Resultados elucidados no estudo de Vosgerau; Cabrera; Souza (2011) comprovou a existência de problemas na gestão da assistência farmacêutica, justificando a falta de medicamentos nas unidades de saúde.

Observou-se que mesmo com implantação do Programa Farmácia Popular do Brasil (PFPB) a maioria dos hipertensos continua gastando com os medicamentos anti-hipertensivos. O PFPB foi lançado pelo governo federal no ano de 2004, como estratégia de ampliação do acesso, destinado ao atendimento aos usuários que têm dificuldades em adquirir medicamentos de que necessitam em estabelecimentos farmacêuticos comerciais, diminuindo assim, o impacto desses custos no orçamento familiar e possibilitando uma maior adesão ao tratamento (SANTOS-PINTO; COSTA; OSORIO-DE-CASTRO, 2011). De acordo com Figueiredo; Asakura (2010) observou-se que as orientações e distribuição gratuita da medicação não foram suficientes para garantir a adesão ao tratamento. Conclui-se que distribuir medicamentos grátis não significa que o paciente tenha efetividade e segurança no tratamento medicamentoso ou que esteja em conformidade com o que é recomendado.

Nesta perspectiva o custo e o acesso precisam estar organizados de modo a favorecer a garantia da assistência à saúde, se destacado o acesso geográfico, acesso funcional, acesso de disponibilidade, acesso econômico e comunicacional (ALENCAR et al., 2011). Além disso, o governo precisa investir no profissional farmacêutico nas farmácias e unidades de saúde assegurando o acompanhamento do paciente, contribuindo para um tratamento mais humanizado, individualizado e diminuindo os PRMs.

## **5. Conclusão**

Os resultados obtidos neste estudo demonstram a falta de conscientização do tratamento pelos usuários a realização de atividade física regular, o esquecimento, esquemas posológicos complexos e efeitos colaterais associado ao captopril, a deficiência no sistema de saúde associado ao não acompanhamento do tratamento pelos profissionais de saúde, especialmente o profissional farmacêutico configuram-se como as principais dificuldades para adesão ao tratamento para hipertensão.

Ficou claramente evidente o distanciamento do profissional farmacêutico em atender as necessidades dos hipertensos no que tange aos problemas relacionados aos medicamentos. O que não se justifica uma vez que existe aceitação da sociedade pelo serviço ATF evidenciado no presente estudo e em outros estudos, precisando-se de mais iniciativas pelos farmacêuticos bem como dos gestores municipais e gerentes de farmácias comunitárias na

busca de um tratamento mais individualizado e sistematizado, possibilitando tornar o tratamento mais eficaz e seguro e conseqüentemente uma maior adesão ao tratamento.

## Referências

ALENCAR, B.R. et al. Não-adesão de Idosos à Terapêutica Anti-hipertensiva: Um Desafio a ser Enfrentado pela Equipe Multiprofissional. **Revista Saúde.Com**, v. 7, n.2, p.143-156, 2011.

ALANO, G.M; CORRÊA, T.S; GALATO, D. Indicadores do Serviço de Atenção Farmacêutica (SAF) da Universidade do Sul de Santa Catarina. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.17, n.3, p.757-764, 2012.

AMARANTE, L.C. et al. A Influência do acompanhamento farmacoterapêutico na adesão à terapia anti-hipertensiva e no grau de satisfação do paciente. **Revista de Ciências Farmacêuticas Básica Aplicada**, v.31, n.3, p.209-215, 2010.

BALAKUMAR, P; KAUR, J. Is nicotine a key player or spectator in the induction and progression of cardiovascular disorders? **Pharmacological Research**, v.60, n.5, p. 361-368, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. **Vigitel Brasil 2010: Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico**. Brasília, DF, 2011.152 p

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Hipertensão arterial sistêmica para o Sistema Único de Saúde**. Brasília, DF, 2006. Cadernos de Atenção Básica nº 15. Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderno\\_atencao\\_basica15.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderno_atencao_basica15.pdf)> Acesso em: 16 mar. 2013

BASTOS-BARBOSA, R. et al. Adesão ao Tratamento e Controle da Pressão Arterial em Idosos com Hipertensão. **Arquivo Brasileiro de Cardiologia**, v.99, n.1, p.636-641, 2012

CAVALARI, E. et al. Adesão ao Tratamento: Estudo Entre Portadores de Hipertensão Arterial em Seguimento Ambulatorial. **Revista de Enfermagem**, Rio de Janeiro: UERJ, v.20, n.1, p.67-72, jan/mar 2012

CINTRA, F.A; GUARIENTO, M.E; MIYASAKI, L.A. Adesão medicamentosa em idosos em seguimento ambulatorial. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.15, n.3, p.3507- 3515, 2010.

CUNHA, G.H, et al. .Nicotina e tabagismo. **Revista Eletrônica Pesquisa Médica**, v.1, n.4, p.1-10,out-dez 2007

Comitê de Consenso. Tercer Consenso de Granada sobre Problemas Relacionados con Medicamentos (PRM) y Resultados Negativos Asociados a la Medicación (RNM). **Revista Ars Pharmaceutica**, Granada, v.48, n.1, p.5-17, 2007.



CIPOLLE, R.J; MORLEY, P.C; STRAND, L.M. **El ejercicio de la atención farmacéutica**. Madrid: McGraw-Hill, 2000.352 p

CIPOLLE, R.J; STRAND, L.M; MORLEY, P.C.**El ejercicio de la Atención Farmacéutica**. Madrid: McGraw-Hill; 1998.

COSENDEY, M.A.E et al. Assistência farmacêutica na atenção básica de saúde: a experiência de três estados brasileiros. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 16, n. 1, p. 171-182, jan 2000.

DYNIWICZ, A.M. **Metodologia da pesquisa em saúde para iniciantes**. São Caetano do Sul: Difusora Ed., 2007.

DOURADO, C.S et al. Adesão ao tratamento de idosos com hipertensão em uma unidade básica de saúde de João Pessoa, estado da Paraíba. **Maringá**, v.33, n.1, p.9-17, 2011.

DIAS, A.M et al. Adesão ao Regime Terapêutico na Doença Crônica: Revisão da Literatura. **Millennium**, n.40, p.201-219, 2011

FIGUEIREDO, N.N; ASAKURA, L. Adesão ao tratamento anti-hipertensivo: dificuldades relatadas por indivíduos hipertensos. **Acta Paulista Enfermagem**, v.23, n.6, p782-787, 2010.

FOPPA, A.A, et al. Atenção farmacêutica no contexto da estratégia de saúde da família.**Revista Brasileira de Ciências Farmacêuticas**, v.44, n. 4, out./dez., 2008

GOODMAN; GILMAN: **As Bases Farmacologicas da Terapeutica**.10. ed. Rio de Janeiro: McGraw-Hill; 2005. 609 p.

GAZONI, F.M et al. Hipertensão sistólica no idoso. **Revista Brasileira de Hipertensão**, v.16, n.1, p.34-37, 2009.

GIESTAS, A; PALMA, I; RAMOS, M.H. Sistema Renina-Angiotensina Aldosterona: E sua Modulação Farmacológica. **Acta Médica Portuguesa**, v. 23, p.677-688, 2010

GELEILETE, T.J; NOBRE, F; COELHO, E.B. Abordagem inicial em pacientes com hipertensão arterial de difícil controle. **Revista Brasileira de Hipertensão**, v.15, n.1, p.10-16, 2008.

\_\_\_\_\_.**Adesão ao tratamento anti-hipertensivo e fatores associados na área de abrangência de uma Unidade de Saúde da Família, Londrina, PR**. 2008. 189f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Universidade Estadual de Londrina, Londrina.  
GIROTTI, E. et al. Prevalência de fatores de risco para doenças cardiovasculares em hipertensos cadastrados em unidade de saúde da família. **Acta Scientiarum.Health Sciences**, v. 31, n. 1, p. 77-82, 2009

GLISOGAMO, C.A et al. Fatores que interferem na adesão ao tratamento da hipertensão arterial sistêmica em pacientes atendidos no Núcleo de Atendimento ao Hipertenso (NAHI) em Programa Saúde da Família (PSF), no município de Barbacena. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, Rio de Janeiro, v.4, n.15, out /dez 2008.

GUSMÃO, J.L et al. Adesão ao tratamento em hipertensão arterial sistólica isolada. **Revista Brasileira de Hipertensão**, v.16, n.1, p.38-43, 2009.

HEPLER, C.D; STRAND, L.M. Opportunities and responsibilities in pharmaceutical care. **American Journal of Hospital Pharmacy**, v.47, p.533-543, 1990.

HAYNES, R.B et al. Intervention for Enhancing Medication Adherence. **The Cochrane Database of Systematic Reviews**, Issue 2, 2008. Disponível em: [http://www.sefap.it/servizi\\_letteraturacardio\\_200807/CD000011.pdf](http://www.sefap.it/servizi_letteraturacardio_200807/CD000011.pdf). Acesso em: 9 Abr. 2013.

JESUS, E.S et al. Perfil de um grupo de hipertenso: aspectos biossociais, conhecimentos e adesão ao tratamento. **Acta Paulista Enfermagem**, v. 21, n.1, p.59-65, 2008

MARTINS, L.C et al. Tratamento medicamentoso do paciente com hipertensão de difícil controle. **Revista Brasileira de Hipertensão**, v.15, n.1, p.28-33, 2008.

MACHADO, M.M.P. **Adesão o Regime Terapêutico: Representações das Pessoas com IRC sobre o contributo dos Enfermeiros**. 2009. 272f. Dissertação (mestrado em: Educação para a Saúde)-Universidade do Minho, Braga/PT, 2009.

MARQUES, L.A.M et al. Atenção farmacêutica e práticas integrativas e complementares no SUS :conhecimento e aceitação por parte da população São joanense. **Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.21, n.2, p.663-674, 2011

MION JR D et al. Conhecimento, preferências e perfil dos hipertensos quanto ao tratamento farmacológico e não farmacológico. **Jornal Brasileiro de Nefrologia**, v.17, n.4, p.229-236, 1995.

MANZANO, B.M et al. Implicações do tabagismo sobre o controle autônomo cardíaco. **Arquivos de Ciências da Saúde**, v.17, n.2, p.97-101, abr-jun. 2010.

MACHUCA M, FERNÁNDEZ-LLIMÓS F, FAUSMJ. **Método Dáder**: manual de acompanhamento farmacoterapêutico. Granada: GIAF-UGR, 2003. 45 p

MARQUES-VIDAL, Pet al. Sex differences in awareness and control of hypertension in France.**Journal of Hypertension**, v.15, n.11, p.1205–1210, 1997

MANSUR, A.P; FAVARA, T.O. D. Mortalidade por Doenças Cardiovasculares no Brasil e na Região Metropolitana de São Paulo: Atualização 2011. **Arquivo. Brasileiro de Cardiologia**, v.99, n.2, 2012.

MENDONÇA, L.B.A; LIMA F.E.T; OLIVEIRA, S.K.P. Acidente Vascular Encefálico como Complicação da Hipertensão Arterial: Quais são os Fatores Intervenientes. **Escola Anna Nery revista de enfermagem**, v.16, n.2, p.340-346, abr.-jun. 2012

OMS. **Adherencia a los tratamientos a largo plazo: pruebas para la acción**. Washington, 2004. 199p.

OMS. **Adherence to long-term therapies: evidence for action**. Genebra, 2003

PIATI, J; FELICETTI, C.R; LOPES, A.C. Perfil nutricional de hipertensos acompanhados pelo Hiperdia em Unidade Básica de Saúde de cidade paranaense. **Revista Brasileira de Hipertensão**, v.16, n.2, p.123-129, 2009.

PUDDEY, I.B; BEILIN, L.J. Alcohol is bad for hypertension. **Clinical and Experimental Pharmacology and Physiology**, v.33, n.9, p.847-852, 2006.

PAIVA V. Beyond magical solutions: prevention of HIV and Aids and the process of “psychosocial emancipation”. **Interface - Comunicação, Saúde e Educação**, v. 6, n.11, p. 25-38, 2002.

PUCCI, N et al. Conhecimento sobre Hipertensão e Adesão ao Tratamento. **Revista Brasileira de Cardiologia**, v.25, n.4, p.322-329, 2012

PALHANO, A.T; DIEFENTHAELE, R.H. Avaliação da Atenção Farmacêutica em Farmácias e Drogarias da Cidade de Erechim/RS. **PERSPECTIVA**, Erechim, v.34, n.125, p. 159-164, mar.2010

RIBEIRO, E.G; C.NETO, S.B. Análise dos Indicadores Relacionados ao Grau de Adesão ao Tratamento de Portadores de Hipertensão Arterial. **Revista Psicologia e Saúde**, v. 3, n. 1, p. 20-32, jan/ jun. 2011

RAMOS-DIAS, J.C.R; QUILICI, M.T.V; SENGHER, M.H. Obesidade e refratariedade da hipertensão arterial. **Revista Brasileira de Hipertensão**, v.11, n.4, p.240-245, 2004.

SILVA, G.V; ORTEGA, K.C; MION JR, D. Monitorização residencial da pressão arterial (MRPA). **Revista Brasileira de Hipertensão**, v.15, n.4, p.215-219, 2008.

SILVA, P. **Farmacologia**. 8. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan. 2010

SCHENKEL, I.C et al. Comportamento da Pressão Arterial em Hipertensos após Única Sessão de Caminhada e de Dança de Salão: estudo preliminar. **Revista Brasileira de Cardiologia**, v, 24, n.1, p.26-32, jan-fev. 2011.

SANTOS-PINTO, C.D.B; COSTA,N.R; OSORIO-DE-CASTRO, C.G.S. Quem acessa o Programa Farmácia Popular do Brasil? Aspectos do fornecimento público de medicamentos. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.16, n.6, p.2963-2973, 2011.

SOARES, D.A; GONÇALVES, M.J. Mortalidade cardiovascular e impacto de técnicas corretivas de subnotificações e óbitos mal definidos. **Revista Panamericana de Salud Pública**, v.32, n.3, p.199–206, 2012

SARAIVA, K.R.O et al. O processo de viver do familiar cuidador na adesão do usuário hipertenso ao tratamento. **Texto & contexto – Enfermagem**, v.16 n.1, p. 63-70, 2007.

STEFFENS, A. **A Incidência de hipertensão arterial pelo consumo de álcool: é modificável pela raça?**. 2005. 63f. Dissertação (Mestrado em cardiologia) –. Faculdade de Medicina, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA. VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão. **Revista Brasileira de Hipertensão**, v. 17, n. 1, jan-mar 2010

TACON, K.C.B et al. Perfil epidemiológico da hipertensão arterial sistêmica em pacientes atendidos em uma instituição de ensino superior. **Revista da sociedade Brasileira de Clínica Médica**, v.10, n.3,2012.

VOSGERAU, M.Z.S; CABRERA, M.A.S; SOUZA, R.K.T. Utilização de anti-hipertensivos e antidiabéticos. **Revista Brasileira de Cardiologia**, v.24, n.2, p.95-104, 2011.

VERAS, R.F.S; OLIVEIRA, J.S. Aspectos Sócio-demográficos que Influenciam na Adesão ao Tratamento Anti-hipertensivo .**Revista Rene**, Fortaleza, v. 10, n. 3, p. 132-138, jul./set.2009

VERONEZ, L.L; SIMÕES, M.J.S. Análise da prescrição de medicamentos de pacientes hipertensos atendidos pelo SUS da rede municipal de saúde de Rincão – SP **Revista de Ciências Farmacêuticas Básica e Aplicada**, v. 29, n.1, p. 45-51, 2008

KOROLKOVAS, A. **Dicionário Terapêutico Guanabara**. 18. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2011.

WEISSHEIMER, F.L. **Incidência de Hipertensão Arterial em uma Capital Brasileira: Estudo de Base Populacional**. 2011. 116 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) Instituto de Saúde Coletiva, UFMT, Cuiabá, 2011

ZAITUNE, M.P.A et al. Hipertensão arterial em idosos: prevalência, fatores associados e práticas de controle no Município de Campinas, São Paulo, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 22, n.2, p. 285-294, 2006.

KNUTH, A.G et al. Conhecimento de adultos sobre o papel da atividade física na prevenção e tratamento de diabetes e hipertensão: estudo de base populacional no Sul do Brasil. **Caderno de Saúde Pública**, v. 25, n. 3, p. 513-520, 2009.